

**UPAYA PENANGANAN KERUSAKAN INTEGRITAS JARINGAN PADA
PASIEN POST ORIF FRAKTUR RADIUS ULNA HARI KE 0
DI RSOP. Dr. SOEHARSO SURAKARTA**



**Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Diploma III
pada Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan**

Oleh:

SRIYANTO

J200130012

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

2016

HALAMAN PERSETUJUAN

**UPAYA PENANGANAN KERUSAKAN INTEGRITAS JARINGAN PADA
PASIEN POST ORIF FRAKTUR RADIUS ULNA HARI KE 0
DI RSOP. Dr. SOEHARSO SURAKARTA**

PUBLIKASI ILMIAH

Oleh:

SRIYANTO

J200130012

Telah diperiksa dan disetujui untuk diuji oleh:

Dosen Pembimbing



Enita Dewi, S. Kep, Ns, MN

NIK 1286

HALAMAN PENGESAHAN

UPAYA PENANGANAN KERUSAKAN INTEGRITAS JARINGAN
PADA PASIEN POST ORIF FRAKTUR RADIUS ULNA HARI KE 0
DI RSOP. Dr. SOEHARSO SURAKARTA

OLEH

SRIYANTO

J 200 130 012

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Surakarta

Pada hari Sabtu, 23 Juli 2016

dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Dewan Penguji:

1. Enita Dewi, S. Kep, Ns, MN
(Ketua Dewan Penguji)

(.....)

2. Arina Maliya, S.Kep, M.Si.Med
(Anggota Dewan Penguji)

(.....)

Dekan,



Dr. Suwaji, M. Kes

NIP. 195311231983031002

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam studi kasus karya tulis ilmiah ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar diploma di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya di atas, maka akan saya pertanggungjawabkan sepenuhnya.

Surakarta, 23 Juli 2016

Penulis



SRIYANTO

J200130012

**UPAYA PENANGANAN KERUSAKAN INTEGRITAS JARINGAN
PADA PASIEN POST ORIF FRAKTUR RADIUS ULNA HARI KE 0
DIRSOP. Dr. SOEHARSO SURAKARTA**

ABSTRAK

Kerusakan integritas jaringan adalah keadaan dimana individu mengalami kerusakan integritas jaringan, membran mukosa, korneal, jaringan pembungkus atau jaringan subkutan. Hal ini mengakibatkan perdarahan disekitar tempat patahan dan kedalam jaringan lunak disekitar tulang tersebut. Bila terjadi hematoma maka pembuluh darah vena akan mengalami pelebaran sehingga terjadi penumpukan cairan dan kehilangan leukosit yang berakibat terjadinya perpindahan, menimbulkan implamasi atau peradangan yang menyebabkan bengkak dan akhirnya terjadi nyeri. Penulis menjelaskan dan membahas tentang upaya penanganan integritas jaringan serta memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan kerusakan jaringan. Metode penelitian menggunakan metode deskriptif yaitu dengan yang deskriptif dengan pendekatan studi kasus, yaitu dengan melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Tindakan keperawatan 3x24 jam pada pasien post operasi dengan gangguan integritas jaringan tindakan keperawatan yang dilakukan adalah melakukan perawatan luka dan pemberian diit TKTP. Dengan upaya penanganan gangguan jaringan melalui tindakan keperawatan seperti perawatan luka yang dilakukan setiap 2 hari sekali, pemberian diit TKTP dan pemberian antibiotik cefazolin masalah pasien belum teratasi.

Kata Kunci: Fraktur, kerusakan integritas jaringan, tindakan keperawatan.

ABSTRACT

Tissue integrity is a condition in which individuals were damaged integritas jaringan, mucous membranes, corneal, wrapping tissue or subcutaneous tissue. This resulted in a fracture and bleeding into the surrounding soft tissues around the bone. If there is a hematoma, the veins will undergo dilation resulting in the accumulation of fluid and loss of leukocytes that result in displacement, causing implamasi or inflammation that causes swelling and eventually pain. The author describes and discusses the handling of network integrity and provide nursing care in clients with tissue damage. The research method using descriptive method with a descriptive case study approach, is to perform nursing care ranging from assessment, diagnosis, intervention, implementation and evaluation of nursing. The act of nursing 3x24 hours in patients with postoperative impaired tissue integrity nursing actions performed are wound care and administration of diit TKTP. With the handling of network disruption through nursing actions such as

wound care is done every 2 days, giving diit TKTP and antibiotics cefazolin patient's problem is not resolved.

Keywords: Fracture, damage the integrity of the network, nursing actions.

1. PENDAHULUAN

Tulang merupakan suatu jaringan ikat dengan spesifikasi yang khusus dan bereaksi secara terbatas terhadap suatu keadaan abnormal. Umumnya tulang yang bereaksi terhadap suatu keadaan abnormal gangguan deposisi tulang, reaksi lokal tulang terhadap deposisi tulang (fraktur). yaitu periosteum dan endosteum tulang bereaksi terhadap trauma melalui peningkatan deposisi tulang pada daerah fraktur, serta membentuk jaringan parut yang merupakan suatu proses penyembuhan. Fungsi tulang adalah sebagai berikut: mendukung jaringan tubuh dan memberikan bentuk tubuh, melindungi organ tubuh (misalnya jantung, otak, dan paru-paru) dan jaringan lunak, memberikan pergerakan (otot yang berhubungan dengan kontraksi dan pergerakan), membentuk sel-sel darah merah didalam sumsum tulang belakang (hematopoiesis), menyimpan garam mineral, misalnya kalsium, fosfor. Komponen utama jaringan tulang adalah mineral dan jaringan organik (kolagen dan proteoglikan). Kalsium dan fosfat membentuk suatu kristal garam (hidroksiapatit), yang tertimbun pada matriks kolagen dan proteoglikan. Matriks organik disebut juga osteoid. Sekitar 70% dari osteoid adalah kolagen tipe I yang kaku dan memberi tinggi pada tulang. Materi organik lain yang juga menyusun tulang berupa proteoglikan (Muttaqin, 2008).

Fraktur merupakan istilah dari hilangnya kontinuitas tulang, tulang rawan, baik yang bersifat total maupun sebagian, biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan, sudut dan tenaga tersebut, keadaan tulang itu sendiri, serta jaringan lunak di sekitar tulang yang akan menentukan apakah fraktur yang terjadi lengkap atau tidak lengkap. Fraktur radius ulna adalah terputusnya hubungan tulang radius dan ulna yang disebabkan oleh cidera pada lengan bawah baik trauma langsung ataupun trauma tidak langsung. Pada trauma tidak langsung, daya pemuntir (biasanya jatuh pada tangan) menimbulkan fraktur spiral dengan kedua tulang patah pada tingkat yang berbeda. Pukulan langsung atau daya tekukan menyebabkan fraktur melintang kedua tulang pada tingkat yang sama (Helmi, 2012).

Pada tahun 2012 terdapat lebih dari 7 juta orang meninggal dunia dikarenakan insiden kecelakaan dan sekitar 2 juta orang mengalami kecacatan fisik. Salah satu insiden kecelakaan yang memiliki prevalensi tinggi adalah insiden fraktur yakni sekitar 46,2% dari insiden kecelakaan. Fraktur merupakan suatu keadaan dimana terjadi disintegritas tulang. Berdasarkan hasil Badan Penelitian dan Pengembangan di Indonesia terjadi kasus fraktur yang disebabkan oleh cedera antara lain karena jatuh, kecelakaan lalu lintas

dan trauma benda tajam/ tumpul. Dari 45.987 peristiwa terjatuh yang mengalami fraktur sebanyak 1.775 orang 3,8%, dari 20.829 kasus kecelakaan lalu lintas, terjadi fraktur sebanyak 1.770 orang 8,5%, dari 14.127 trauma benda tajam / tumpul sebanyak 236 orang 1,7%. Angka kejadian kecelakaan lalu lintas sepanjang tahun 2013 mencapai 217 kasus, dengan korban meninggal 28 orang, luka berat 40 orang, dan luka ringan sejumlah 480 orang (Yusra, 2014).

Terjadinya fraktur akan mengakibatkan perdarahan biasanya terjadi disekitar tempat patahan dan kedalam jaringan lunak disekitar tulang tersebut. Bila terjadi hematoma maka pembuluh darah vena akan mengalami pelebaran sehingga terjadi penumpukan cairan dan kehilangan leukosit yang berakibat terjadinya perpindahan, menimbulkan implamasi atau peradangan yang menyebabkan bengkak dan akhirnya terjadi nyeri. Selain itu karena kerusakan pembuluh darah kecil atau besar pada waktu terjadi fraktur menyebabkan tekanan darah menjadi turun, begitupula dengan suplai darah ke otak sehingga kesadaran pun menurun yang mengakibatkan syok hipovolemi. Bila mengenai jaringan lunak maka akan terjadi luka dan kuman akan mudah untuk masuk sehingga mudah terinfeksi dan lama kelamaan akan berakibat *delayed union* dan *mal union* dan yang tidak terinfeksi mengakibatkan *non union*. Apabila fraktur mengenai peristeum atau jaringan tulang dan korteks maka akan mengakibatkan deformitas, krepitasi dan pemendekan ekstremitas. Berdasarkan proses diatas tanda dan gejalanya yaitu nyeri/tenderness, deformitas/perubahan bentuk, bengkak, peningkatan suhu tubuh/demam, krepitasi, kehilangan fungsi dan apabila hal ini tidak teratasi, maka akan menimbulkan komplikasi yaitu komplikasi umum misalnya : syok, sindrom remuk dan emboli lemak. Komplikasi dini misalnya : cedera syaraf, cedera arteri, cedera organ vital, cedera kulit dan jaringan lunak. Sedangkan komplikasi lanjut misalnya : *delayed union*, *mal union*, *non union*, kontraktur sendi dan *myositis ossificans*, *avascular necrosis* dan *osteo arthritis* (Corwin, 2010).

ORIF adalah suatu bentuk pembedahan dengan pemasangan internal fiksasi pada tulang yang mengalami fraktur. Fungsi ORIF (open reduction and internal fixation) untuk mempertahankan posisi fragmen tulang agar tetap menyatu dan tidak mengalami pergeseran. Internal fiksasi ini berupa Intra Medullary Nail biasanya digunakan untuk fraktur tulang panjang dengan tipe fraktur transvers. Luka pasca pembedahan sembuh secara primer karena menggunakan benang atau alat penutup lain dengan kehilangan jaringan minimal karena hanya berupa sobekan. Setelah pembedahan, pada beberapa tindakan untuk mengembalikan fungsi dan integritas fisik tubuh meminimalkan deformitas, dan tanpa terjadi infeksi, yaitu mengontrol

hemostatik dan hemodinamik, menutup luka, drainase luka, membalut, dan memantau komplikasi yang mungkin timbul. Luka post ORIF (Open Reduksi Internal fiksasi) merupakan luka akibat suatu pembedahan untuk memanipulasi fragmen – fragmen tulang yang patah (Yusra, 2014).

Kerusakan integritas jaringan adalah keadaan dimana individu mengalami kerusakan integritas membran mukosa, corneal, jaringan pembungkus atau jaringan subkutan. Batasan minor mungkin terdapat pemasukan kulit, eritema, lesi (Primer, sekunder) pruritus (Doenges, 2014).

Hasil pengelolaan asuhan keperawatan yang dilakukan penulis pada Tn. R dengan post ORIF (open reduction internal fixation) fraktur radius ulna $\frac{1}{3}$ distal sinistra di RSOP DR Soeharso Surakarta, terdapat luka post operasi ORIF, dengan luka insisi panjang luka sekitar 7cm, dengan dibalut balutan elastis. Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah dengan aplikasi riset yang berjudul “upaya penanganan kerusakan integritas jaringan pada pasien post ORIF fraktur radius ulna hari ke 0 di RSOP. Dr. Soeharso surakarta”

2. METODE PENELITIAN

Metode penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dari pendekatan kasus yang menjelaskan proses keperawatan bertujuan untuk menerangkan atau menggambarkan masalah penelitian. Proses keperawatan adalah kegiatan atau tahapan untuk mendapatkan data agar pelayanan yang diberikan pada klien bersifat individual, holistic, efektif dan efisien yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Penulis menggambarkan suatu proses keperawatan pada Tn.R dengan tindakan ORIF yaitu open fraktur radius ulna $\frac{1}{3}$ distal sinistra RSO Prof. Dr.R Soeharso Surakarta di Bangsal Ceplok pada tanggal 31 maret 2016 sampai tanggal 2 April 2016 dimulai dari pengkajian yang dilakukan dapat ditegakkan diagnosa dan intervensi keperawatan. Kemudian dilakukan tindakan keperawatan berdasarkan perencanaan yang mengacu pada diagnosa yang telah ditegakkan sebelumnya, terakhir mengevaluasi sesuai dengan rencana tindakan yang diberikan, Jika belum atau tidak teratasi maka perlu disusun rencana atau melanjutkan rencana tindakan yang sebelumnya (Debora, 2011).

Dengan metode ilmiah yang bersifat mengumpulkan data, menganalisis data dan menarik kesimpulan data. Teknik Pengumpulan Data Agar data dapat terkumpul dengan baik dan terarah, dilakukan pengumpulan data dengan metode antara lain: wawancara (interview), pengamatan (observasi), pemeriksaan fisik (physical assessment) dan studi dokumentasi.

Wawancara adalah menanyakan atau membuat tanya-jawab yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi oleh klien, biasa juga disebut dengan

anamnesa. Wawancara berlangsung untuk menanyakan hal-hal yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi klien dan merupakan suatu komunikasi yang direncanakan.

Observasi adalah mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan klien. Observasi dilakukan dengan menggunakan penglihatan dan alat indra lainnya, melalui rabaan, sentuhan dan pendengaran. Tujuan dari observasi adalah mengumpulkan data tentang masalah yang dihadapi klien melalui kepekaan alat panca indra.

Pemeriksaan fisik adalah melakukan pemeriksaan fisik klien untuk menentukan masalah kesehatan klien. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan berbagai cara, diantaranya adalah, inspeksi, adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara melihat bagian tubuh yang diperiksa melalui pengamatan. Palpasi, adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan melalui perabaan terhadap bagian-bagian tubuh yang mengalami kelainan. Misalnya adanya tumor, oedema, krepitasi (patah/retak tulang). Auskultasi, adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan melalui pendengaran. Biasanya menggunakan alat yang disebut dengan stetoskop. Hal-hal yang didengarkan adalah: bunyi jantung, suara nafas, dan bising usus. Perkusi, adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan mengetuk bagian tubuh menggunakan tangan atau alat bantu untuk mengetahui reflek seseorang.

Pemeriksaan Penunjang, sebuah proses dari seorang ahli medis memeriksa tubuh pasien untuk menemukan tanda klinis penyakit. Pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang akan membantu dalam penegakkan diagnosis dan perencanaan perawatan pasien.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Pengkajian keperawatan

Pada hasil dan pembahasan ini akan memaparkan proses keperawatan pada salah satu pasien, proses keperawatan itu sendiri merupakan kegiatan atau tahapan untuk mendapatkan data agar pelayanan yang diberikan pada klien bersifat individual, holistic, efektif dan efisien yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan (Debora, 2011)

Pengkajian adalah langkah pertama dalam proses keperawatan, menggunakan cara anamnesis atau berkomunikasi secara langsung untuk memperoleh data dengan memberikan pertanyaan yang terarah pada masalah klien dan pengkajian fisik itu sendiri dilakukan untuk mengklarifikasi hasil dari anamnesis dan mengevaluasi keadaan fisik secara umum serta melihat apakah ada indikasi penyakit lainnya. Anamnesis meliputi identitas klien, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu dan pemeriksaan fisik.

Pemeriksaan fisik dibagi menjadi dua, yaitu pemeriksaan umum (status general) dan pemeriksaan setempat (lokal) yang bertujuan mengklarifikasi hasil dari anamnesis dan mengevaluasi keadaan fisik secara umum serta melihat apakah ada indikasi penyakit lainnya, dalam melaksanakan pemeriksaan fisik, perawat perlu melakukan penilaian seperti keadaan umum yaitu keadaan baik buruknya klien, tingkat kesadaran serta tanda-tanda vital, selanjutnya pengkajian B1 sampai B6 yaitu B1 (Breathing) pengkajian ini melakukan pemeriksaan sistem pernafasan untuk mengetahui ada tidaknya kelainan, B2 (Blood) pengkajian ini melakukan pemeriksaan pada organ jantung, B3 (Brain) pengkajian ini melakukan pemeriksaan mulai dari kepala, leher, wajah, mata, telinga, hidung dan mulut, B4 (Bladder) pengkajian ini melakukan ada sistem perkemihan, B5 (Bowel) pengkajian ini melakukan pemeriksaan pada abdomen, B6 (Bone) pengkajian ini dilakukan dengan cara *look* atau melihat ada tidaknya pembengkakan dan deformitas, *feel* mengkaji adanya nyeri tekan (*tenderness*) dan krepitasi, *move* mengkaji adanya gangguan gerak. Setelah dilakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium juga perlu untuk mengetahui mengenai masalah musculoskeletal primer atau komplikasi, pengkajian ini meliputi pengkajian darah lengkap.

Hasil pengkajian asuhan keperawatan pada pasien dengan post orif fraktur radius ulna di RSOP Dr. R Soeharso Surakarta, pengkajian dilakukan pada tanggal 31 maret 2016 pukul 11.00. Keluhan utama nyeri lengan kiri. Klien mengatakan nyeri tangan kiri setelah mengalami kecelakaan pada tanggal 29 maret 2016 kemudian klien dibawa ke klinik di daerah demak untuk mendapatkan perawatan, oleh petugas klinik klien di rujuk ke RSOP Dr. R Soeharso Surakarta. Pada tanggal 30 maret 2016 klien dibawa oleh keluarga ke RSOP Dr. R Soeharso Surakarta klien dilakukan foto rontgen dari hasil pemeriksaan klien mengalami fraktur radius ulna 1/3 distal sinistra kemudian klien dirawat keruang ceplok. Pada tanggal 31 maret 2016 pukul 07.00 klien dilakukan tindakan operasi ORIF (Open Reduction Intra Fiksation).

Pengkajian fisik pada tangan kiri terdapat luka insisi kurang lebih 7cm, keadaan luka bersih, pada bekas insisi bedah keluar darah atau cairan, heathcing rapat, terpasang balutan elastis dari siku sampai telapak tangan pasien kesulitan menggerakkan jari-jari tangan kiri, kekuatan otot tangan kiri 2 (mampu mengangkat ditekan lemah jatuh), keadaan umum pasien lemah, kesadaran compos mentis, GCS: E₄ V₅ M₆, TTV: TD: 120/80 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36,8 °C, RR: 20 x/menit, B1 (Breting). Pemeriksaan sistem pernapasan inspeksi dada simetris, palpasi: pengembangan paru kanan kiri normal, perkusi: sonor dan auskultasi: suara pernapasan vesikuler, tidak ada suara napas tambahan, B2 (Blood). inspeksi: ictus cordis tampak, palpasi:

ictus cordis teraba, pekusi: pekak, auskultasi: tidak ada bunyi tambahan, B3 (Brain). Kepala: mesocephal, simetris, tidak ada penonjolan dan tidak ada sakit kepala, rambut berwarna hitam, leher: tidak ada gangguan yaitu tidak ada penonjolan dan reflex menelan tidak ada gangguan, wajah terlihat menahan sakit, mata: simetris, konjungtiva tidak anemis, telinga: bersih tidak ada lesi, hidung: bersih, tidak ada peradangan, mulut: gusi tidak ada perdarahan mukosa mulut tidak pucat. B4 (Bladder) Tidak terpasang kateter, warna urin kuning jernih. B5 (Bowel), inspeksi abdomen: tidak ada bekas luka, tidak ada peradangan, auskultasi terdengar peristaltik usus 10x permenit, palpasi: tidak teraba massa, perkusi: tympani.. B6(Bone): Atas: Pergerakan tangan kanan normal, terpasang infus RL 20 TPM. Kiri : Terdapat luka post ORIF di atas pergelangan tangan dengan panjang luka kurang lebih ± 7 cm dengan balutan elastis. Bawah : Kanan : pergerakan kaki kanan normal, Kiri : pergerakan kaki kiri normal.

Pemeriksaan laboratorium tanggal 31 maret 2016 didapatkan hasil laboratorium: hemoglobin 13 g/dL (11,5-16), hematokrit 38 % (37-47), lekosit 11ribu /uL (4-10) ribu, trombosit 337rbu (150-500rbu), eritrosit 4,2 Juta/uL (3,8-5,8), protrombin 14,7 detik (10-14), GDS 113 mg/dL (<120). Hasil pemeriksaan laboratorium tersebut menunjukkan peningkatan lekosit dan protrombin, pada pemeriksaan GDS hasilnya diangka normal, selain itu hasil pemeriksaan dalam batas normal. Terapi tanggal 31 maret 2016 klien mendapat terapi injeksi yaitu cefazolin 3x1 gr yang berfungsi untuk infeksi yang disebabkan oleh organisme, yaitu infeksi saluran napas bagian atas, kulit dan struktur kulit, tulang dan sendi, septicemia, perioperatif, saluran biliari dan genital, injeksi ketorolac 3x30 mg yang diindikasikan untuk penatalaksanaan jangka pendek (maksimal 2 hari) terhadap nyeri akut derajat sedang sampai berat segera setelah operasi.

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan, penulis menggunakan mekanisme pengkajian menurut teori muttaqin. Teori tersebut menyatakan bahwa pengkajian musculoskeletal dilakukan dari anamnesis meliputi identitas klien, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu dan pemeriksaan fisik. Pemeriksaan fisik dibagi menjadi dua, yaitu pemeriksaan umum (status general) dan pemeriksaan setempat (lokal) yang bertujuan mengklarifikasi hasil dari anamnesis dan mengevaluasi keadaan fisik secara umum serta melihat apakah ada indikasi penyakit lainnya, dalam melaksanakan pemeriksaan fisik, perawat perlu melakukan penilaian seperti keadaan umum yaitu keadaan baik buruknya klien, tingkat kesadaran serta tanda-tanda vital, selanjutnya pengkajian B1 sampai B6 yaitu B1 (Breathing) pengkajian ini melakukan pemeriksaan sistem pernafasan untuk mengetahui ada tidaknya kelainan, B2 (Blood) pengkajian ini melakukan pemeriksaan

pada organ jantung, B3 (Brain) pengkajian ini melakukan pemeriksaan mulai dari kepala, leher, wajah, mata, telinga, hidung dan mulut, B4 (Bladder) pengkajian ini melakukan ada sistem perkemihan, B5 (Bowel) pengkajian ini melakukan pemeriksaan pada abdomen, B6 (Bone) pengkajian ini dilakukan dengan cara *look* atau melihat ada tidaknya pembengkakan dan deformitas, *feel* mengkaji adanya nyeri tekan (*tenderness*) dan krepitasi, *move* mengkaji adanya gangguan gerak. Setelah dilakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium juga perlu untuk mengetahui mengenai masalah musculoskeletal primer atau komplikasi, pengkajian ini meliputi pengkajian darah lengkap (muttaqin, 2008).

3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis yang digunakan oleh perawat profesional untuk menjelaskan masalah kesehatan, tingkat kesehatan, respons klien terhadap penyakit atau kondisi klien (aktual atau potensial) sebagai akibat dari penyakit yang diderita (Debora, 2011). Berdasarkan hasil pengkajian, data subjektif: klien mengatakan post operasi hari ke 0 dan klien mengatakan terasa nyeri pada lengan kiri bertambah nyeri saat digerakan, nyeri terasa senut-senut seperti tersayat. Data objektif: tangan kiri terdapat luka insisi kurang lebih 7cm, keadaan luka bersih, pada bekas insisi bedah keluar darah atau cairan, heathcing rapat, terpasang balutan elastis dari siku sampai telapak tangan pasien kesulitan menggerakkan jari-jari tangan kiri, sehingga masalah keperawatan yang timbul adalah kerusakan integritas jaringan. Masalah keperawatan Kerusakan Integritas Jaringan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti pembedahan ortopedik (NANDA, 2012).

Berdasarkan uraian di atas ditegakkan diagnosa prioritas yaitu Kerusakan Integritas Jaringan berhubungan dengan tindakan pembedahan ortopedik., kompresi mekanik (mis: turniket, gips, balutan, restrein), karena dari hasil pengkajian didapatkan, data subjektif klien mengatakan post operasi radius ulna hari ke 0 dan klien mengatakan nyeri dan perih pada lengan kiri. Dan data obyektifnya: tangan kiri terdapat luka insisi kurang lebih 7cm, keadaan luka bersih, pada bekas insisi keluar darah atau cairan, heathcing rapat, terpasang balutan elastis dari siku sampai telapak tangan. Berdasarkan data-data tersebut mendukung dari diagnosa kerusakan integritas jaringan. Intervensi keperawatan, tujuan yang diharapkan adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam kerusakan integritas jaringan dapat terkontrol, teratasi. Dengan kriteria hasil: perfusi jaringan normal, ketebalan dan tekstur jaringan normal, menunjukkan terjadinya proses penyembuhan jaringan, tidak tampak adanya tanda-tanda infeksi.

Diagnosa keperawatan kedua yaitu nyeri akut berhubungan dengan Agen injuri fisik. Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial (NANDA, 2012). Intervensi keperawatan, tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri hilang/berkurang atau teradaptasi dengan kriteria hasil secara subjektif melaporkan nyeri hilang/berkurang skala 0-4 atau dapat diadaptasi, mampu mengontrol nyeri.

Diagnosa keperawatan ketiga yaitu resiko infeksi berhubungan dengan prosedur infasif. Resiko infeksi adalah mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik (NANDA, 2015). Intervensi keperawatan, tujuan yang diharapkan adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tanda-tanda infeksi tidak terjadi. Dengan kriteria hasil: tidak ada tanda-tanda infeksi, leukosit dalam batas normal.

Setelah ditegakkan diagnosa keperawatan maka disusun suatu perencanaan tindakan keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan adalah tulisan yang dibuat dan digunakan sebagai panduan saat melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah yang muncul (Debora, 2011).

3.3 Intervensi Keperawatan

Berdasarkan diagnosa pertama yaitu kerusakan integritas jaringan rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan adalah: Kaji kulit dan keadaan luka (lokasi, ukuran, warna, bau, jumlah dan tipe cairan luka), Rasional mengetahui sirkulasi kulit dan masalah yang mungkin disebabkan alat, pemasangan, balutan. Berikan perawatan luka dengan teknik aseptik, balut luka dengan kasa kering dan steril, rasionalnya untuk mempercepat penyembuhan luka dan mencegah terjadinya infeksi. Anjurkan klien untuk memenuhi diit TKTPT (tinggi kalori tinggi protein), rasional dengan nutrisi yang adekuat dapat mempercepat proses pemulihan (penumbuhan) jaringan. Berikan posisi yang mengurangi tekanan pada luka, rasional meminimalkan kerusakan jaringan kulit.

Rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa kedua yang dilakukan yaitu kaji nyeri dengan pendekatan P: provokes, Q: quality, R: Radiates, S: severity, T: time, manajemen nyeri: atur posisi fisiologis dan imobilisasi ekstermitas yang mengalami cedera, istirahatkan klien, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, teknik distraksi, manajemen sentuhan, jelaskan dan bantu pasien dengan tindakan pereda nyeri nonfarmakologi dan noninvasif, kolaborasi pemberian analgetik.

Rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa ketiga yang dilakukannya yaitu kaji adanya tanda-tanda infeksi, lakukan perawatan luka dengan teknik steril, cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan,

anjurkan klien untuk selalu menjaga kebersihan, kolaborasi dalam pemberian antibiotik.

3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap keempat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Rencana keperawatan yang dibuat berdasarkan diagnosa yang tepat, intervensi diharapkan dapat mencapai tujuan dan hasil yang diinginkan untuk mendukung dan meningkatkan status kesehatan klien (potter & perry, 2009).

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk diagnosa keperawatan yaitu pada tanggal 31 maret 2016 pukul 10.00 mengobservasi keadaan umum pasien, respon subjektif: klien mengatakan post oprasi radius ulna hari ke 0, pasien mengatakan nyeri, dan perih pada lengan kirinya, Q(quality): Nyeri terasa seperti tersayat, R(region): Nyeri pada lengan kiri, S(severity): Skala nyeri 6, T(time): Nyeri terasa hilang timbul, data objektif: tangan kiri terdapat luka insisi kurang lebih 7cm, keadaan luka bersih, pada bekas insisikeluar cairan, heacthing rapat, terpasang balutan elastis dari siku sampai telapak tangan. Pukul 10.30 Berikan posisi yang mengurangi tekanan pada luka, rasional meminimalkan kerusakan jaringan kulit. Pukul 12.00 memberikan injeksi intravena cefazolin 1gr dan cetorolak 30mg, Pukul 13.30 mengobservasi keadaan umum pasien, respon subjektif: pasien mengatakan lengan tangan kirinya nyeri seperti tersayat.

Tanggal 1 April 2016 Pukul 07.30 mengobservasi keadaan umum pasien dan keadaan luka, respon subjektif: klien mengatakan post oprasi hari ke 1, data objektif: Pasien terlihat gelisah, terdapat rembesan cairan pada balutan. Pukul 09.00 memotivasi klien untuk menggerakkan jari-jari tangan kiri, tujuan dari memotivas klien untuk mengerakan jari-jari tangan kiri agar otot-otot pada tangan kiri tidak kaku atau rileks, dan memperlancar peredaran darah. Respon subjektif: pasien mengatakan sakit saat menggerakkan jari-jari tangan kiri, data objektif: jari-jari terlihat digerakkan dan pasien terlihat menahan nyeri. Pukul 11.45 motifasi klien untuk menghabiskan diit dari rumah sakit, tujuan agar pasien menghabiskan diitnya adalah untuk mencukupi kebutuhan nutrisi yang sangat diperlukan dalam proses penyembuhan luka sehingga pasien diberikan diit TKTP. Data subyektif: klien mau makan diit dari rumah sakit, data obyektif: makanan dari rumah sakit habis. Pukul 12.00 memberikan injeksi intravena cefazolin 1gr dan cetorolac 30mg, respon subjektif: pasien bersedia diberikan obat, data objektif: obat masuk melalui intravena cefazolin 1 gr, tujuan dari pemberian injeksi cefazolin untuk mengobati infeksi bakteri atau mencegah infeksi bakteri sebelum, selama atau setelah pembedahan tertentu, untuk ketorolac tujuannya mengurangi nyeri, respon subjektif: pasien bersedia diberikan obat, data objektif: obat masuk melalui intravena cefazolin 1 gr dan ketorolac 30mg. Pukul 12.40 mengajarkan klien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

Tanggal 2 April 2016 pukul 07.30 mengobservasi keadaan umum pasien, respon subjektif: klien mengatakan post oprasi hari ke 2, klien juga mengatakan ada rasa gatal-gatal di sekitar luka dan balutan, data objektif:

pasien terlihat gelisah. Pukul 08.00 menganjurkan klien untuk menghabiskan diit makanan. Pukul 09.30 memberikan perawatan luka dengan teknik aseptik, respon subjektif: klien mengatakan nyaman setelah dilakukan medikasi, data objektif: keadaan luka bersih dan mulai mengering, tidak ada pus (nanah), pukul 10.30 memotivasi klien untuk menggerakkan tangan dan jari-jari tangan kirinya, respon subyektif: klien mengatakan masih terasa kaku dan sakit saat jari-jari tanganya digerakan, respon obyektif: klien tampak menahan nyeri. Pukul 12.00 memberikan injeksi intravena cefazolin 1gr dan ketorolac 30mg, respon subjektif: pasien bersedia diberikan obat, data objektif: obat masuk melalui intravena Cefazolin 1gr dan ketorolac 30mg.

3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah suatu proses yang digunakan untuk mengukur dan memonitor kondisi klien serta mengevaluasi tindakan keperawatan yang sudah dilakukan, evaluasi juga digunakan untuk memeriksa semua proses keperawatan (Debora, 2011)

Evaluasi keperawatan tanggal 31 maret 2016 Subjektif: klien mengatakan post oprasi radius ulna hari ke 0, pasien mengatakan nyeri, dan perih pada lengan kirinya, P(provokes): luka post oprasi, Q(quality): Nyeri terasa seperti tersayat, R(region): Nyeri pada lengan kiri, S(severity): Skala nyeri 6, T(time): Nyeri terasa hilang timbul, data objektif: tangan kiri terdapat luka insisi kurang lebih 7cm, keadaan luka bersih, pada bekas insisi keluar cairan, heathing rapat, terpasang balutan elastis dari siku sampai telapak tangan. Asassment: kaji kulit dan keadaan luka, memberikan posisi yang nyaman, motifasi klien untuk memenuhi diit TKTP.

Tanggal 1 April 2016 Subjektif: klien mengatakan post oprasi hari ke 1, pasien mengatakan merasakan nyeri nut-nutandiatas pergelangan tangan kiri, P(provokes): luka post oprasi, Q(quality): Nyeri terasa seperti terpukul, R(region): Nyeri pada lengan kiri, S(severity): Skala nyeri 4, T(time): Nyeri terasa hilang timbul, klien juga mengatakan ada rasa gatal-gatal di sekitar luka dan balutan. data objektif: pasien terlihat menahan nyeri, tangan kiri terdapat luka insisi kurang lebih 7cm, keadaan luka bersih, pada bekas insisi keluar cairan, heathing rapat, terpasang balutan elastis dari siku sampai telapak tangan. Asassment: masalah kerusakan integritas jaringan belum teratasi. Planing: kaji keadaan kulit dan luka, lakukan perawaatan luka, berikan diit TKTP, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotik, mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam.

Tanggal 2 April 2016 Subjektif: pasien mengatakan nyeri lengan kirinya mulai berkurang, Data objektif: pada lengan kiri pasien terdapat luka post oprasi, luka terlihat bersih, heathing rapat, terpasang balutan elastis dari siku sampai telapak tangan. Asassment: masalah kerusakan integritas jaringan teratasi sebagian. Planing: lakukan perawatan luka dua hari sekali.

4. PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan dari kasus yang membahas dan menjelaskan mengenai upaya penanganan kerusakan integritas jaringan dapat disimpulkan bahwa:

1. Upaya penanganan kerusakan integritas jaringan dapat dilakukan dengan, memberikan perawatan luka dengan tehnik aseptik, menganjurkan klien makan-makanan yang tinggi protein dan tinggi kalori.
2. Kelebihan dari upaya tersebut adalah untuk mempercepat proses pemulihan(penumbuhan) jaringan,proses penyembuhan tepat pada waktunya.
3. Kekurangan dari intervensi tersebut adalah dalam upaya penanganan integritas jaringan penulis hanya melihat perkembangan dari inspeksi jaringan kulit saja, kurang melihat perkembangan jaringan tulangnya.
4. Impementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi dari masalah keperawatan yang diangkat dan disesuaikan dengan sumber daya yang tersedia. Secara keseluruhan klien kooperatif dalam merespon intervensi keperawatan yang diberikan walaupun terdapat kekurangan dan hambatan-hambatan, baik dari pihak klien maupun dari pihak penulis dalam melakukan asuhan keperawatan.
5. Evaluasi dari tindakan yang dilakukan dengan masalah kerusakan integritas jaringan belum teratasi,maka planning atau rencana tindakan yang dilakukan adalah anjurkan klien untuk melakukan perawatan luka, dan menganjurkan klien untuk kontrol ke rumah sakit sesuai jadwal yang sudah diberikan, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.

B. Saran

Berdasarkan hasil pembahasan dan kesimpulan diatas, maka penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi Rumah Sakit
Disarankan agar karya tulis ilmiah ini dapat dipakai sebagai masukan sehingga dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dan evaluasi dalam meningkatkan pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien sesuai dengan masalah serta kebutuhan klien.
2. Bagi Institusi Pendidikan
Disarankan bagi Institusi Pendidikan agar penelitian ini dapat dijadikan informasi dan bisa digunakan sebagai bahan masukan untuk perkembangan ilmu pengetahuan khususnya di bidang medikal bedah.
3. Bagi Pembaca
Diharapkan hasil Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat dalam menambah wawasan dan dapat dijadikan referensi untuk dikembangkan dalam

memberikan asuhan keperawatan pada klien terutama mengenai upaya penurunan risiko disfungsi neurovascular perifer.

4. Bagi peneliti

Bagi penelitian lain diharapkan untuk penelitian selanjutnya dapat lebih optimal dalam melakukan asuhan keperawatan dan pendokumentasian asuhan keperawatan.

PERANTUNAN

Karya tulis ini tidak akan terwujud tanpa adanya bimbingan, pengarahan serta dukungan dari berbagai pihak sehingga mampu menghasilkan suatu pemikiran yang diharapkan akan bermanfaat bagi petugas kesehatan dan penelitian selanjutnya.

Maka demikian dengan segala kerendahan hati dan ketulusan hati penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Bambang Setiadji, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Surakarta
2. Bapak Dr. Suwaji, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta
3. Ibu Okti Sri P, S.Kep, M.Kep, Ns, Sp.Kep, M.B, selaku Kaprodi keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta
4. Ibu Enita Dewi, S.Kep, Ns, MN, selaku pembimbing yang telah berkenan meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan dukungan sampai terselesainya karya tulis ini
5. Segenap dosen keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta
6. Seluruh pegawai RSOP. Dr. Soeharso Surakarta
7. Keluarga Tn. R selaku narasumber dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini
8. Kedua orang Tua serta keluarga besar atas doa dan dukungannya
9. Semua pihak yang telah membantu dan memberikan dukungan moril yang tidak dapat disebutkan satu persatu

DAFTAR PUSTAKA

Corwin, Elizabeth. J, 2010, *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta : EGC

Doenges, M.E, Moorhouse, M.F & Murr, A.C, 2014. *Manual Diagnosa Keperawatan Rencana, Intervensi & Dokumentasi Asuhan Keperawatan*, Edisi 3. Jakarta: EGC

Helmi, Z. Noor, 2012. *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal*. Jakarta: Salemba Medika.

- Herdman, T.H & Kamitsuru, S, 2015, *Diagnosa Keperawatan Definisi & Klasifikasi Edisi 10*. Jakarta: EGC
- Debora, O. 2011. *Proses Keperawatan Dan Pemeriksaan Fisik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muttaqin, A. 2008, *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: EGC
- Potter, P. A. & Perry, A. G. 2009. *Fundamental Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nurarif, & Kusuma, H. 2012. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Dan NANDA NIC- NOC*. Yogyakarta: Medication Publikasi
- Yusra, S., Nurlaily, E. & Jamaludin. 2014. *Perawatan Luka Post ORIF (Open Reduction and Internal Fixation) Dengan NACL 0,9 % pada Pasien Fraktur Tybia di Rumah Ny. D di Desa Jetis Kapuan Kudus*. Vol: 1, No: 1, Hal: 82-87
- Wilkinson & Ahern. 2009, *Buku Saku Diagnosa Keperawatan, Edisi 9*. Jakarta: EGC.